

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr.....

geboren am:.....

**ist aus medizinischer Sicht für die Ausübung einer Tätigkeit als
Rettungssanitäter/in geeignet.**

Es liegen keine körperlichen und geistigen Erkrankungen sowie
Persönlichkeitsstörungen vor, die die Ausübung einer Tätigkeit als Rettungssanitäter/-in
beeinträchtigen könnten. Die oben genannte Person ist frei von infektiösen oder
ansteckenden Krankheiten. Es besteht keine Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit.

.....

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift des
Arztes